

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Armand-Jules LÉMÉRÉ

Né le 25 Avril 1846

SUR

L'HÉMORRHAGIE DU CORDON OMBILICAL

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Président : M. PINARD, professeur.

Juges MM. { MARCHAND, professeur.
VARNIER ET GAUCHER, agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1896

584

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

488



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556007_0044

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Armand-Jules LÉMÉRÉ

Né le 25 Avril 1846

SUR

L'HÉMORRHAGIE DU CORDON OMBILICAL

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

Président : M. PINARD, professeur.

Juges MM. { MARCHAND, professeur.
VARNIER ET GAUCHER, agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY
11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS
—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTIERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE ET AMI

LE DOCTEUR HENRY-HERBET

Chirurgien en Chef à l'Hôtel-Dieu d'Amiens

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONLONGUET

Professeur à l'École de Médecine d'Amiens

A MONSIEUR LE DOCTEUR FOURNIER

D'AMIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LENOEL

Directeur Professeur honoraire de l'École de Médecine d'Amiens

A MONSIEUR WATIN

PHARMACIEN, MON GENDRE

A CHARLES DÉGARDINS

Étudiant en Médecine

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique Obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

Exerçant la médecine depuis plus d'un quart de siècle à la campagne, me tenant toujours au courant des nouvelles médicales, je me suis décidé d'aborder les examens de Doctorat en médecine et c'est en terminant de passer les derniers examens que je me suis souvent posé cette question :

Quel sera le sujet de ma thèse ? J'ai recherché dans mes souvenirs les cas plus ou moins sérieux et plus ou moins graves qui se présentaient à ma mémoire et les deux cas d'hémorrhagie du cordon que je rapporte dans deux observations ont toujours frappé mon imagination, même après 12 années écoulées. Comme dans ce laps de temps, il m'est arrivé à en parler à beaucoup de confrères, j'ai vu par leurs réponses et leurs conversations que le cas était peu connu parce qu'il arrive rarement et que beaucoup de médecins n'en ont pas vu se produire dans leur clientèle pendant la durée d'une longue pratique ni dans le cours de leurs études.

C'est donc au double point de vue médical et social (puisqu'il s'agit de l'enfant menacé dans les premiers jours) que j'ai un devoir d'être utile dans la mesure de mes connaissances sur le sujet à certains confrères, en leur indiquant combien cette question d'hémorrhagie ombilicale est grave et sérieuse et enfin par les moyens indiqués de conserver la vie de quelques enfants à la société.

Je m'estimerai très heureux si mon but est atteint.

J'ai donc pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de réunir quelques observations prises dans les comptes rendus des sociétés savantes afin de les comparer pour fixer les idées sur cette grave question des hémorrhagies ombilicales.

Avant d'aborder mon sujet et comme un faible témoignage d'affection et de reconnaissance, qu'il me soit permis de dédier le trop modeste travail à mes parents et à mes maîtres.

Que ma chère épouse qui n'a jamais ménagé ses fatigues et ses soins, reçoive ici l'assurance de mon affection ineffable. Que mes deux chères filles soient assurées de toute mon affection paternelle.

Que tous mes parents et amis reçoivent ici toute mon affection et ma reconnaissance, à notre petit petit fils Jean Watin, notre espoir et notre bonheur je lui exprime tous mes sentiments de grand-père

en lui fournissant un exemple de travail et de persévérance pour l'avenir.

Je crois enfin de mon devoir d'adresser mes vifs remerciements à MM. les docteurs Lenoël et Fournier d'Amiens.

Je n'oublierai jamais les marques d'intérêt et de sympathie que m'a si largement prodiguées M. le docteur Monlonguet et je garderai toujours pour lui ma plus profonde reconnaissance.

Que M. le professeur Pinard veuille bien agréer tous mes remerciements par le grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse.

PRÉFACE

Si nous consultons les vieux ouvrages de la littérature médicale, le premier travail important que nous trouvons consacré à l'étude des Hémorrhagies ombilicales des nouveau-nés, est celui que Watts publia en 1752 dans « le Gentelman Magazine ». Mais l'affection était bien plus anciennement connue puisque Bovi publiait un relevé des cas trouvés par lui dans une période qui s'étend de 1635 à 1891.

Mais c'est surtout depuis le commencement du siècle, depuis le mémoire que Cheyn publiait en 1801 dans ses « Essais on the deseases of children » que l'affection est entrée dans sa phase scientifique.

Pour rares que soient ces hémorrhagies, [on en trouve cependant la trace dans les auteurs de presque tous les pays. Les mémoires de Pont 1823 qui, dans les « Médical and churirgical transaction » publie un cas où il put faire *post mortem* l'examen de la région, de Rayford, de Simpson, de Jenkin dont nous aurons plusieurs fois à citer l'excellent travail, de Welker, de Rott, de Jemmin, de Roger, la thèse

que Sahut publiée à Strasbourg en 1869, prouvent que la question n'était pas inconnue. L'importance de la monographie de Grandidier publiée en Allemagne en 1871 est considérable. Encore n'avons-nous cité ici que les mémoires les plus importants.

C'est à dessein que nous avons interrompu notre conversation avant d'arriver à la thèse d'agrégation de Ribemont-Dessaignes. Cet auteur fait époque dans l'histoire des hémorrhagies des nouveau-nés, la description qu'il donne est de tout point exacte.

Mais depuis 1880, un certain nombre de travaux ont vu le jour, ils ont précisé quelques détails, éclairé certains côtés de la pathogénie, ou de l'anatomie pathologique de l'affection.

Le mémoire de Gélray dans la *Lancet* (1888) notre mémoire parue dans la *Gazette médicale* de Picardie 1883, de Bovee 1891, de Nammark (1895) surtout de Sippel (1892) publié dans le « *Centra blatt. f. gynæk.* » et nombre d'autres que nous citerons au cours de ce travail à mesure que nous aurons à citer les opinions qu'on y trouve, prouvent que la question est toujours restée à l'ordre du jour.

Mais il est un côté de la question qui, bien qu'il ait été déjà vu par plusieurs auteurs, ne nous semble pas avoir été mis suffisamment en lumière ; nous voulons parler du caractère familial que prend parfois l'affection ; en d'autres termes il arrive que sans

causes appréciables plusieurs enfants d'une même famille soient successivement atteints d'hémorrhagie ombilicale.

Frappé il y a quelque temps d'un cas de ce genre que nous avons observé nous-mêmes, il nous a semblé intéressant de faire quelques recherches dont nous présentons aujourd'hui le résultat.

Il nous a été donné de trouver dans la littérature deux observations en tous points analogues à la nôtre.

Mais il nous a paru impossible de restreindre notre sujet à la simple étude de ces cas tout a fait particuliers. Il nous semble même que le coup d'œil d'ensemble que nous donnons à la question permet de les comprendre jusqu'à un certain point.

Bien que la pathogénie que nous présentons ne soit pas extrêmement neuve, nous ne nous sommes pas entièrement conformé aux habitudes classiques.

Espérons également qu'on pourra trouver aux chapitres du diagnostic de traitement quelques points originaux qui nous ont été suggérés par des observations inédites.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE NORMALE DES PREMIERS MOMENTS DE L'EXISTENCE

On sait que la circulation du fœtus diffère de celle du nouveau-né d'une façon capitale : brusquement, à l'instant où l'enfant vient au monde, l'hématose qui jusque-là se faisait par l'intermédiaire de la circulation placentaire, est dévolue à des organes qui jusque-là n'avaient joué presque aucun rôle, nous avons nommé les pœumons.

La circulation placentaire ne s'interrompt pas brusquement immédiatement. Il s'écoule un temps, court il est vrai, mais appréciable, (deux minutes et demi environ) après le premier cri de l'enfant, pendant lequel on assiste pour ainsi dire à la substitution fonctionnelle qui va se produire.

Le cordon ombilical, composé de la veine et des deux artères, qui était le vecteur du sang fœtal de volumineux et turgescent qu'il était, devient exsangue. Il se vide ; ses battements disparaissent, en un mot il se flétrit n'ayant plus de rôle à remplir.

Budin a entrepris des expériences dans l'espoir

de fixer quel est le moment le plus propice à la section du cordon. Dans une première série d'expériences, il ne lie le cordon qu'après avoir constaté la cessation de tout phénomène physiologique à ce niveau et mesurant la quantité de sang qui s'écoule après la section il constate :

Du côté de l'enfant : rien.

Du placenta 11 cent.4.

Si maintenant la section a été faite immédiatement, on a :

Du côté de l'enfant : rien

Du côté placentaire : 98 cent. carrés 8.

Ces expériences dans les chiffres représentent des moyennes et non pas deux particuliers sont extrêmement intéressants. Ils montrent *a priori*, 1^o que l'hémorragie est plus forte dans le deuxième cas.

2^o Qu'en dépit des apparences c'est le nouveau-né qui fait les frais de cette hémorragie, puisque les 89 cent. carrés qui constituent la différence entre les deux expériences eussent été incorporés par le nouveau-né si on avait attendu quelques minutes de plus.

3^o Qu'en conséquence il y a augmentation de la masse de sang pendant les premiers moments de la vie. Il est très logique pour expliquer ce phénomène d'invoquer l'aspiration thoracique : La respiration dit très bien M. Ribemont-Dessaignes, est à la fois

la cause première et de régulateur de l'afflux du sang placentaire dans les vaisseaux du nouveau-né. »

Cet auteur mesurant d'ailleurs à l'aide d'un appareil de précision dans les deux cas la pression artérielle du nouveau-né, trouve qu'alors que dans *le premier* elle reste ce qu'elle était chez le fœtus dans *le second* elle est diminuée. On pourra avec fruit consulter le beau tracé sphymographique qui est annexé à son travail.

La régularisation de la circulation nouvelle qui vient de se produire nous permet également de comprendre pourquoi le sang n'a pas de tendance à refluer vers les canaux qui jusque là étaient le trait d'union entre les deux organismes maintenant séparés.

Tous les actes de la vie de nutrition du nouveau-né sont individualisés, et notamment la fonction circulatoire, si complexe dans les premiers jours de la vie, par suite de la persistance transitoire de certaines dispositions fœtales. Il est indispensable qu'il en soit ainsi, car comme le dit très bien Perrot. « L'enfant qui vient de naître est inhabile à respirer comme il le sera plus tard à marcher. Il semble que l'instrument dont il se sert soit mal réglé. L'habitude joue un rôle considérable dans le jeu respiratoire comme dans toutes les autres fonctions. »

Les larges communications cardiaques subsis-

tant pendant les premiers jours sont un heureux correctif des faiblesses de l'appareil d'hématose. Mais peu à peu cet appareil se perfectionne et les dispositions signalées sont devenues inutiles et par conséquent nuisibles et disparaissent dans l'immense majorité des cas.

L'expérience démontre qu'il n'y a aucune tendance au reflux dans les vaisseaux ombilicaux sectionnés et que l'hémorrhagie s'arrête spontanément.

Pour les veines, l'explication est simple et résulte de ce que nous venons de dire sur l'établissement de la tension sanguine du nouveau-né grâce surtout à la fonction respiratoire corrigée par la persistance d'un état cardiaque fœtal.

Pour les artères le problème est un peu plus complexe les auteurs ont émis sur ce sujet les opinions les plus différentes ; il est très probable que chacune d'elles renferme une partie de la vérité.

Le facteur le plus important résulte d'expériences très bien faites par Ribemont : Adaptant à l'artère ombilicale un tube métallique en communiquant avec un vase contenant du liquide dont il peut mesurer la pression, il constate que la force de résistance offerte par l'artère est de 12 à 16 centimètres de mercure, tandis qu'on sait que la tension artérielle n'est que de 63 millimètres.

Ce même auteur fait encore remarquer que les

premiers mouvements d'inspiration vont abaisser le diaphragme, projeter le paquet intestinal en avant et secondairement tirailler l'ombilic.

Richet, fait jouer un rôle structural important aux bords tendineux de l'ombilic, tant dans la barrière opposée à l'hémorrhagie que dans la chute du cordon. On sait que l'anneau ombilical est double, et formé d'une portion superficielle que Thomson a démontré, en 1838, être une dépendance de l'appareil musculaire de l'abdomen, et un autre profond que Richet considère comme constitué par des fibres propres élastiques très visibles chez le nouveau-né mais qui vont en s'atténuant à mesure que l'enfant vieillit ; leur présence explique :

1° La division des éléments du cordon dans un point toujours le même, c'est-à-dire au bord postérieur de l'anneau.

2° L'inflammation circonscrite qui l'accompagne.

3° L'absence d'hémorrhagie (Richet).

Rappelons que Sabatier et Dupuytren ont parlé de l'existence possible d'une cause intestinale prise au moment de la naissance par le sphincter.

Depaul fait jouer à l'inflammation un rôle important dans le détachement du cordon. Il nous semble que cet organe frappé de nullité fonctionnelle disparaît par un processus en tout identique à l'élimination d'une escharre de gangrène sèche.

Cette élimination se fait normalement du 4^e au 5^e jour ; elle est retardée au 10^e chez les enfants débiles ou ceux qui sont nés avant terme.

Le processus de la cicatrisation part de l'artère pour gagner la veine, puis le tégument.

Quant aux vaisseaux ombilicaux intra-abdominaux la cicatrisation qui part de la tunique moyenne, est obtenue :

Pour la veine du 20^e au 30^e jour,

Pour l'artère du 35^e au 42^e jour.

Il ne nous reste plus pour en avoir fini avec les phénomènes normaux qui se produisent au moment des premiers jours de l'existence qu'à signaler les travaux de Costa Alvarenga, (de Lisbonne) portant sur 213 enfants nouveau-nés chez lesquels le trou de botal n'était obturé que 8 fois, alors qu'il se ferme généralement vers le 20^e jour ; et ceux de Billard qui n'a vu le canal artériel fermé que 2 fois sur des enfants n'ayant vécu qu'un jour.

Telles sont les conditions normales dans lesquels un enfant vient au monde ; on conçoit qu'un trouble quelconque apporté à ces phénomènes physiologiques pour nous donner l'explication du cas particulier l'hémorrhagie ombilicale, c'est pourquoi nous sommes entrés dans ces détails.

PATHOGÉNIE

Si l'on consulte des auteurs au sujet de l'encéphalorrhagie on est étonné du nombre des opinions émises. Certes tous sont à peu près d'accord pour faire deux groupes, l'un comprenant les causes mécaniques, un autre, dans lequel on fait entrer tout ce qu'on n'a pas étudié dans le premier ; mais même le premier n'est pas absolument autonome car il y a des cas intermédiaires : quand au second que l'on caractérise tantôt d'après le pronostic et alors comprendra les *cas graves* tantôt d'après l'étiologie étudiant alors les cas d'origine dyscrasique, il serait puérile de vouloir y trouver autre chose qu'une classification commune qui permet de passer en revue tous les cas.

Quant à nous si l'ensemble de notre description ne s'écarte pas des données classiques il nous a semblé impossible de nous soumettre complètement à l'usage dans certains cas on en jugera par le tableau que l'on trouvera ci-contre (*voir page 21*).

Mécaniques ou bénignes.	Défauts dans la ligature du cordon	{ Absents Trop serré (section) Insuffisants
	Troubles de la respiration..	{ Constriction du thorax — ' de la gorge Oblitération des voies supér.
	du cordon..	{ Développement excessif de la gélatine de Warthon
	Artères.....	{ Origine aortique de l'ombi- licale Ombilicale unique — unie à la veine
	Anomalies..	{
	Cœur.....	{ Persistance du trou de Botal — du canal artériel — de commnica- inter ventricul,
	Foie'.....	{ Oblitération du canal hépa- tique — du canal chole- doque
Graves	Altération vasculaires.....	{ Veines Artères
	Affection générales chroniq.	{ Misères physiologiques Scrofule. — Tuberculose Syphilis Dégénérescence graisseuse aiguë Hemophilis Maladie de Werlhoff. — Scorbut
	Infections	{ Pyotemie Septiceum

En somme on voit que dans le groupe I nous faisons entrer tous les cas exempts d'altérations histologiques ou bactériologiques, et cette nation n'est pas sans importance au point de vue thérapeutique, car elle permet d'affirmer qu'un traitement approprié sera très probablement suivi de succès.

On voit que nous n'avons pas parler des cas familiaux ; en effet les observations que nous avons pu en recueillir ne nous permettent pas de tirer des conclusions générales.

OBSERVATION II (personnelle).

Hémorrhagies du cordon ombilical.

Le 21 juin 1883 je fus appelé auprès de Madame F.. (de B.) pour l'assister dans son accouchement. J'arrivais vers les onze heures du soir alors que l'enfant venait de naître expulsé par les efforts naturels de la mère. Une matrone avait lié et coupé le cordon ombilical à une longueur de six à sept centimètres. Je délivrai la mère aussitôt et tout alla pour le mieux jusqu'au complet rétablissement de cette dernière.

L'enfant était bien portant et offrait tous les signes de la plus belle santé, mais au premier accouchement

de Madame F..., l'enfant était mort des suites d'une hémorrhagie ombilicale que les styptiques, les cautérisations, la compression n'avaient nullement arrêté. Cette hémorrhagie s'était montrée 26 à 28 heures après la naissance, vers la base du cordon et le premier enfant était mort exsangue le cinquième jour sans que ce cordon fut encore détaché. Les parents ayant été vivement impressionnés par la perte de ce premier enfant me recommandèrent de bien faire attention au cordon, et pour donner satisfaction à ces braves gens, je fis deux nouvelles ligatures sur le cordon.

Deux jours se passèrent sans qu'il y eût aucun écoulement de sang, mais le 24 au matin, les linges et deux bandages étaient imprégnés de sang. Le père me dit que, selon lui, le sang ne sortait pas vers la base du cordon à l'ombilic mais bien vers l'extrémité du cordon coupé. Je m'expliquai difficilement en voyant le cordon noirâtre quoique non desséché et lié fortement en deux endroits différents de sa longueur, qu'il put se faire un écoulement de sang par son extrémité. Cela me fut cependant révélé à simple vue, et lorsque j'eus pris le cordon entre les doigts je vis le sang sortir en nappe du bout du cordon. Je cautérisai toute la surface de cette extrémité avec le nitrate d'argent, je refis une troisième ligature et l'hémorrhagie cessa jusque dans la nuit du 25 au 26, où le père s'aperçut d'un nouvel écoulement de sang. Il vint me prévenir de cette hémorrhagie qui se produisait, m'a-

t-il dit après examen des parties vers la base du cordon.

Comme j'étais retenu pour un cas assez urgent, et, que je ne pouvais me rendre immédiatement près de son enfant, je priai le père de prendre du perchlorure de fer à 45°, d'en imbiber un petit bourdonnet de charpie et de l'appliquer à l'endroit où il verrait sortir le sang, de renouveler plusieurs fois l'application s'il était nécessaire.

Depuis dix heures du matin jusqu'à dix heures du soir, moment de mon arrivée à B..., le père avait tellement multiplié les bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer, qu'il y avait sur la région ombilicale un tampon de la grosseur d'un œuf de poule et toute la surface de la peau du ventre était imprégnée de sang et de perchlorure de fer. Malgré ce tampon le sang continuait par intervalle à s'écouler en nappe. Je priai le père de faire de la compression avec les doigts sur le tampon et pendant ce temps je nettoyai la peau du ventre pour la débarrasser de cette couche de sang mélangé au perchlorure de fer dont elle était recouverte. J'avertis le père de prendre beaucoup de précautions pour ne pas tirer le cordon et je recommandai que si l'hémorrhagie continuait, de mettre sur ce point, un peu de poudre d'alun et de faire la compression digitale avec de l'amadou jusqu'à mon retour.

Le lendemain 27, à mon arrivée vers les onze heures du matin, je vis la figure et les lèvres de l'enfant pâles et cependant il continuait à prendre son biberon et son

cri paraissait encore relativement fort pour un enfant qui avait perdu déjà tant de sang. Pendant toute la nuit on avait fait la compression. mais le sang paraissait encore par intervalle lorsque l'enfant faisait un mouvement ou un cri.

Voyant cette persistance de l'hémorrhagie et n'obtenant aucun résultat des moyens précédemment employés, je me décidai à faire la ligature en masse de la peau à la base du cordon ombilical.

Je transperçai la base de l'ombilic et le bourrelet de peau qui l'entoure de deux épingles en croix et je passai un fil ciré très fort au-dessous de ces deux épingles en faisant deux ou trois tours et en serrant fortement la peau et toutes les parties molles.

Après cette ligature, je ne vis plus aucun écoulement de sang apparaître. Une épingle tomba vers le cinquième jour et l'escharre se détacha vers le 4 juillet. Aucune hémorrhagie ne s'est produite jusqu'à l'entière cicatrisation de la plaie dont la guérison complète eut lieu vers le 15 juillet.

J'ai revu cet enfant depuis, et malgré la perte de sang qu'il a éprouvé, il reprend des couleurs, se nourrit toujours bien quoiqu'élevée au biberon et aujourd'hui, 23 juillet, sa figure paraissait aussi bonne que s'il n'avait jamais rien éprouvé.

Réflexions. — D'après cette observation, sur une aussi grande persistance de l'hémorrhagie, et considérant surtout le peu de résultats que j'ai pu obtenir, dans les

deux cas précités avec les styptiques, les cautérisations la compression, je crois comme le conseille les meilleurs auteurs, Bouchut entre autres, que le plus sûr moyen à employer pour sauver et conserver la vie d'un enfant dans le cas d'hémorrhagie ombilicale est de recourir le plutôt possible à la ligature en masse des parties molles de la région ombilicale ; car si cet enfant, dont le cas vient d'être rapporté, est conservé à la vie, c'est assurément à cette ligature qu'il le doit.

Quant aux parents et aux grands parents que je connais depuis quinze ans aucun n'a présenté de cas d'hémophilie ni de syphilis.

A propos de cette intéressante observation, je demande à la Société la permission de rappeler un fait semblable qui a dû lui être communiqué il y a environ dix ans.

L'enfant, un garçon, d'une de mes clientes qui avait été accouchée et délivrée par moi fut pris 24 heures après sa naissance d'une hémorrhagie du cordon par l'extrémité libre. Je renouvelai la ligature, qui cependant avait été bien faite l'hémorrhagie continua. J'employai la cautérisation au nitrate d'argent, au fer rouge, la compression avec application d'amadou puis de bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer ; tout fut inutile.

L'hémorrhagie à peine arrêtée se reproduisait toujours. D'accord avec M. le docteur Padiou fils qui avait bien voulu m'accorder son concours nous fîmes la ligature en masse à la base du cordon. La peau du ventre fut traversée par deux épingles très fortes dispo-

sées en croix et une ligature aussi serrée que possible fut appliquée entre la paroi du ventre et les deux épingles de manière à étrangler le pourtour de l'ombilic.

L'hémorrhagie ne fut pas arrêtée, et l'écoulement de sang continua à se faire et chose très inexplicable pour chacun de nous, le sang coula par les ouvertures faites à la peau par les deux épingles. L'enfant succomba le dixième jour.

Un autre enfant, une petite fille de 18 mois environ, des mêmes parents, fut prise, dans le cours d'une bronchite légère en apparence, d'une hémoptysie foudroyante qui l'enleva en moins d'une heure. Il y a trois autres enfants actuellement vivants qui n'ont jamais eu d'hémorrhagie d'aucune espèce.

J'ai vainement cherché en dehors du traité des maladies des enfants de M. Bouchut, quelques détails sur l'affection signalée. Les articles ombilic et cordon ombilical du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales malgré leur immense étendu ne disent pas mot de l'hémorrhagie qui nous occupe.

DOCTEUR HERBET.

Rappelons toutefois la tendance bien connue en tératologie, à la reproduction des mêmes anomalies dans une même famille ; à ce sujet on lira avec intérêt le cas suivant :

OBSERVATION II (Résumé)

(Empruntée à M. *Ribemont Dessaignes*).

Deux jumeaux issus d'un mariage consanguin naissant présentant l'un et l'autre de l'ichtyose. Chez tous les deux, le cordon tombe le cinquième jour. L'un deux un garçon est pris d'ictère puis au neuvième jour d'hémorrhagie, d'abord peu abondante se faisant en nappe, plus tard le sang s'écoule par un des fins. A ces accidents viennent s'ajouter une hémorrhagie intestinale. Le tannin, la compression, le collodion, le nitrate d'argent sont employés sans succès. L'enfant meurt 31 jours après l'hémorrhagie. A l'autopsie on trouve les vaisseaux du cordon perméables; le foie de couleur foncée friable, mou, rempli de sang; le canal cystique et le canal choledoque étaient imperméables.

Chez le second enfant, une fille, l'hémorrhagie survient le sixième jour en même temps que l'ictère, la mort survint deux jours après; l'on trouva l'ouverture du cadavre les vaisseaux ombilicaux perméables le foie est brun hyperémié le canal cholédoque perméable mais les canaux cystiques et hépatiques oblitérés.

OBSERVATION III

Mme G..., accouche d'un enfant à terme.

Sur les quatre enfants précédents deux étaient morts

d'hémorrhagie ombilicale incoercible. Dans le cordon du second, l'examen histologique avait démontré une endartérite double.

Aucuns antécédents familiaux.

L'accouchement ce fait normalement.

Le quatrième jour il y a un suintement sanguin, qui dégénère bientôt une véritable hémorrhagie inquiétante.

On enfonce à la jonction de la peau avec l'ombilic 5 aiguilles se croisant sous divers angles et au-dessous on pratique une ligature serrée.

L'hémorrhagie s'arrête.

Guérison rapide.

17 jours après l'accouchement il n'y a plus qu'une petite ulcération lenticulaire au niveau de l'ombilic en voie décicatrisation.

Dans une observation de Fournier que nous donnons plus loin, l'autopsie n'a été faite que pour l'un des enfants ; dans la nôtre il nous a été impossible de pratiquer l'examen des cadavres ; mais il est infiniment probable qu'un accident en somme aussi rare, ne se produit pas deux fois dans une même famille sans qu'il y ait une influence anatomique congénital. Mais comme cette influence peut varier suivant le cas il nous semble illogique de placer ces observations dans une catégorie plutôt que dans une autre.

OBSERVATION IV FOURNIER (Résumé).

L'enfant était le sixième d'une femme qui avait eu un premier enfant avant terme, à la suite d'un accouchement provoqué, le 3^{me} et le 5^{me} naquirent à terme et spontanément, le 4^{me} également à terme *meurent d'un violente hémorrhagie du cordon.*

Malgré un double ligature faite avec soin sur le cordon d'un sixième enfant, une hémorrhagie se fit après l'accouchement à la limite de la peau et du cordon ombilical. Elle fut immédiatement arrêtée, mais la mort surprit bientôt après avec un petit hémorrhagie du cordon.

L'autopsie fit voir qu'il existait dans l'abdomen quelques cuillerées à thé de sang frais dans l'estomac de petites ecchymoses, à la surface des poumons des ecchymoses nombreuses.

L'examen histologique fit voir que les lobules hépatiques étaient peu distincts des cellules du foie très grasseuse. Une dégénérescence grasseuse manifeste existait du côté des reins.

L'épithélium de quelques glomérules de Malpighi était grasseux.

L'épithélium pulmonaire ainsi que les vaisseaux avait subi la même altération.

On voit également que nous n'avons pas fait

mention de l'hérédité des ascendants ; en effet, outre que les notions que nous fournit la littérature sont des plus vagues : En effet ou bien les parents sont frappés d'affection dans la transmission héréditaire est certaine et alors nous pourrions constater des lésions chez l'enfant, ou bien nous avons à faire à une hérédité toute théorique dont il est inutile de tenir compte.

Passons donc en revue les différents mécanismes de production de l'hémorrhagie ombilicale.

Nous avons vu que physiologiquement et sans aucun espèce d'intervention, l'hémorrhagie cessait spontanément après la section du cordon. Il est même arrivé que cette admission faite intentionnellement dans un but criminel n'a été suivi d'aucun accident. Mais il n'en est pas toujours ainsi et la cause la plus banale peut amener l'hémorrhagie ; il est probable que pour qu'elle se produise il faut que l'anneau structural profond soit insuffisamment développé, mais comme il est impossible de connaître à priori quel est son état, il est prudent de lier le cordon.

Parfois l'accoucheur a pris tous ses soins à la ligature et au pensemment du cordon et l'hémorrhagie se produit au travers de la ligature ; cela provient de ce que la gelatine de Warthou est très abondante et que la ligature n'a pas pu être suffisamment serrée.

L'excès contraire peut se produire et les meilleurs accoucheurs ont eu des cas de ce genre; la ligature était appliquée soit avec trop de force soit à l'aide d'un fil trop mince et il se produisait une déchirure à ce niveau même.

Hâtons-nous de dire que ces cas constituent des conditions suffisantes pour la production de l'hémorrhagie mais la condition pour ainsi dire nécessaire, repose sur les troubles de la respiration.

Le plus généralement l'agent est un maillot trop serré sous les aisselles. Les longs développements physiologiques dans lesquels, nous sommes entré font très bien comprendre le mécanisme de cette affection. Le poumon qui est le régulateur de la circulation est gêné dans sa libre expansion, sa fonction ne s'accomplit plus et le sang tend à reprendre le cours qu'il avait auparavant. Il a parfois suffi de démailloter un enfant pour faire cesser chez lui un hémorrhagie ombilicale comme par enchantement.

Les mêmes considérations s'appliquent encore aux cas où l'artère ombilicale est anormale; on conçoit aisément qu'elle aura beaucoup moins de tendance à s'oblitérer si elle provient non plus de l'iliaque interne, mais directement de l'aorte; dans ce cas en effet la pression y sera sensiblement plus forte, et le cœur ce contractant chez le nouveau-né enverra

autant de sang dans l'ombilicale que dans les rénales par exemple.

Si maintenant les deux ombilicales se réunissent en une seule, la cicatrisation sera retardée car on sait que la tendance des vaisseaux à s'oblitérer est en raison inverse de leur diamètre.

Dans un cas cité par Ribemont, les deux artères s'ouvriraient dans une cavité sorte de receptacle comme dans lequel s'ouvrirait également en avant la veine ombicale.

L'importance des anomalies du cœur est moindre on sait que la persistance du trou de Botal est normale dans les premiers jours de l'existence ; mais la présence d'anomalies plus graves telle que la persistance du canal artériel ou la communication interventriculaire, ayant une action défavorable sur le fonctionnement du poumon, pouvant de la sorte, influencer sur la production d'hémorrhagies ombilicales.

Du côté du foie il nous semble important de signaler les anomalies telles que les oblitérations des canaux excréteurs de la bile, qui ont secondairement pour cause une congestion veineuse.

Nous aurions à étudier encore les altérations histologiques du foie, de la rate dont le résultat au point de vue de la circulation est également un état con-

gestif du système veineux, Lancereaux a publié un cas de ce genre.

Mais cette catégorie de fait est intermédiaire aux deux classes que nous avons établies : en effet, elle fait partie de la première en ce sens que la pathogénie de l'hémorrhagie est mécanique mais elle tient également à la seconde parce que le trouble circulatoire résulte d'altérations histologiques de glandes vasculaires sanguines.

On conçoit aisément que l'hémorrhagie qui nous occupe. Si elle résulte d'une altération de parois des vaisseaux qui saignent est d'une extrême gravité, et même pour ainsi dire incurable ; jusqu'ici au contraire nous avons eu des cas où les parois vasculaires étaient intactes ; et s'ils empruntaient parfois un certain caractère de gravité, à ce fait qu'ils étaient secondaires à des affections parfois incurables, on pouvait tout au moins être presque sûr de guérir l'hémorrhagie elle-même.

Les affections des vaisseaux peuvent être locales. L'artère ombilicale peut être frappée d'artérite aiguë ; les lésions d'endartérite dominant, et il y a une tendance à la thrombose.

La phlébite des veines ombilicales n'est pas une rareté ; son mécanisme de production se comprend admirablement Vaquez a démontré qu'il faut pour qu'une phlébite se produise que l'enveloppe lui soit

lésé et que la coagulation du caillot est due à une pullulation microbienne. Quoi de plus naturel que la production de ce traumastime sur la veine quand on pense aux pratiques de certaines sage-femmes ou de matrones qui *mâchent* le cordon ombilical.

Il existe un cas classique dans lequel la phlébite de l'ombilical se propagea à la veine forte et le kyste phlébite elle-même amena la production d'une phlébite de la veine cave inférieure ; dans ce cas la complication mortelle fut une hémorrhagie ombilicale.

Quant au groupe important d'affections qui nous reste à étudier il est assez difficile de présenter une vue d'ensemble.

En effet les mêmes maladies peuvent être productrices d'hémorrhagies de deux façons différentes, par suite de l'altération des vaisseaux d'une part, par suite d'autre part de l'altération du sang. Mais tandis que dans certaines l'altération du sang constitue pour le moment du moins toute la maladie, dans les autres, l'altération du sang se complique d'une action spécifique sur les artères, mais ces dernières étant mieux connues sont plus susceptibles de traitement. On la décrit sous le nom de *diathèse hémorrhagique transitoire*. Ce terme a le gros désavantage d'introduire l'idée de diathèse dans une question où elle n'a que faire, ensuite de traiter d'hémorrhagique un

groupe d'affection qui ne le sont que tout à fait exceptionnellement.

Quant à l'hémophilie vraie, on la trouve rarement invoquée. D'ailleurs l'hémophilie des parents n'a que peu d'influence sur la production de l'hémophilie des enfants « sur les 185 familles hémophiles ayant fourni 576 enfants, 9 familles seulement ont présentées 12 enfants atteints d'hémophilie » (Ribemont).

Toutefois il nous a été fréquemment donné de constater dans les nombreuses observations que nous avons lues qu'à côté de l'omphalorrhagie existaient d'autres hémorrhagies, des ecchymoses de petéchies, caractères qui semblent bien être ceux de la maladies de Werhloff.

OBSERVATION V (de M. le DOCTEUR FOURNIER
d'Amiens, janvier 1895).

Enfant de trois semaines né normalement de parents bien portants.

Pendant la grossesse cependant la mère a eu de continues contrariétés, des vomissements fréquents, des troubles digestifs ; des névralgies jusqu'à terme. Jamais d'albumine dans les urines. Le mari névropathe était la cause de ces émotions par suite de la bizarrerie de son caractère et des craintes que sa santé (assez bonne d'ail-

leurs) inspirait à sa femme ; dans cette famille pas de syphilis, mais du rhumatisme à tendance chronique bien que le père ait trente ans et la mère de vingt-huit.

Pendant les dix premiers jours qui suivirent l'accouchement le nouveau-né, un garçon, se portait bien et grossissait. Son cordon pansé à l'acide borique, gaze iodoformée et ouate hydrophile ne tomba que du huitième au dixième jour. La cicatrice ombilicale se refermait.

Au 15^e jour une ecchymose légère se montre au niveau de la cicatrice ombilicale. Au 17^e jour on signale un peu de sang noirâtre dans les selles de l'enfant, mais la mère qui donne le sein, a des crevasses qui saignent elles-mêmes. Une légère lymphangite se déclare au sein gauche et se trouve guérie au bout de deux jours.

Au 19^e jour le bandage du cordon est un peu lâché. Les gencives de l'enfant saignent. Au 20^e jour léger ictère hémaphéique, il y a quelques gouttes de sang à la cicatrice ombilicale. Des selles méléniques, noirâtres, du sang sur les gencives et les lèvres, un piqueté sur la voûte du palais ; le lendemain, épistaxis, hématuries. Bref le sang est apparu à l'ombilic, dans la bouche, dans les voies digestives peut-être, dans les voies urinaires, dans les fosses nasales. L'enfant dépérissait. Au 22^e jour il s'éteignait lentement sans avoir perdu une grande quantité de sang.

Le traitement avait été perchlorure de fer. On ne connaissait pas en ce moment les injections de sérum que je mettrais en œuvre dans un cas analogue.

Diagnostic. — Hémorrhagie de causes générales.

Dans cette observation on a recherché immédiatement si quelques intoxications par le sublimé, l'acide phénique, l'iodoforme n'avaient pas eu lieu, si quelques erreurs n'avaient pas été commises par la garde-malade. Il doit évidemment s'agir d'une maladie infectieuse due peut-être à la lymphangite de la mère, bien que cette lymphangite ait été extrêmement légère et de courte durée.

Nous avons maintenant à dire des mots des affections nécrobiotiques, et surtout de la syphilis.

Aucune maladie plus que celle-là, n'a de tendance à frapper de mort les tissus qu'elle touche et on sait la prédilection marquée qu'elle a pour les artères.

Nous n'avons pas à discuter si l'athérome est une affection chronique d'emblée, ou si elle passe par une phase aiguë pour arriver à la chronicité ; il suffit de savoir que l'aboutissant est une dégénérescence graisseuse des parois de l'artère. Or, la syphilis est fréquemment constatée chez les enfants mort d'hémorrhagie ombilicale, et même parfois la dégénérescence graisseuse ne se limite pas aux artères, mais se retrouve dans le foie, la rate, les veines.

C'est là ce qu'on a appelé l'atrophie graisseuse aiguë des nouveau-nés, dont on a, à tort, selon nous, voulu faire une entité morbide.

La tuberculose agit comme le syphilis, mais elle est rarement signalée.

Nous n'avons pas besoin de répéter que ces affections agissent en dehors des lésions artérielles qu'elles provoquent par les anémies graves qui en dépendent.

OBSERVATION VI (FOURNIER d'Amiens).

Il s'agit d'un enfant de deux mois qui dépérissait depuis quinze jours et présentait de très légères hémorragies par le nez, la bouche, l'anus et la cicatrice ombilicale : depuis deux jours il se refroidissait et ne prenait presque plus le biberon. Sa quantité de sang perdu était insignifiante mais la preuve d'un état constitutionnel tout à fait fâcheux — On mit l'enfant au gavage et dans la couveuse, au bout de trois jours, il était mort, sans avoir saigné beaucoup plus.

OBSERVATION VII (M. le docteur FOURNIER
d'Amiens).

Enfant né vivant à la suite d'une symphyséotomie par rétrécissements du bassin. Aucun fil à ligature n'ayant été préparé, un fil blanc ordinaire a été passé

autour du cordon et serré rapidement. Le lendemain on trouve dans les langes un verre à Bordeaux de sang. L'hémorragie s'était arrêtée d'elle-même. L'enfant continue à bien aller.

Notons toutefois que les cas où la syphilis et la cause probable ne sont pas nécessairement utiles.

Nous en aurons avec cette question quand nous aurons signalé le rôle des infections.

On sait que la pullulation des microbes dans le sang a sur ce liquide une action particulière qui favorise son épanchement. Il n'est pas impossible également que ces éléments produisent des altérations aïgues des vaisseaux. Quoi qu'il en soit, on a constaté que des nouveau-nés morts d'hémorragie ombilicale cultivaient dans leur sang du staphylocoque du streptocoque consécutivement à l'infection puerpérale de la mère (Orth, Klebs, Ebstein, Eppinger, Weiss).

Klebs et Eppinger ont décrit un microbe spécial qu'ils ont nommé monos-hémorrhagicum et qu'ils considèrent comme pathogène.

Nous croyons n'avoir à peu près rien oublié d'important dans notre énumération, et nous espérons que la méthode que nous avons essayé de mettre dans cette étude lui donnera quelque clarté

Nous avons omis à dessein au cours de ce travail des opinions comme celle de Minos, qui attribue à l'abus des alcalins de l'importance ou celle de Jenkins qui incrimine l'abus des boissons aqueuses. Quant à la misère physiologique il ne semble pas qu'on puisse lui attribuer une grosse importance car la nature exacte de cette affection est inconnue.

ÉTIOLOGIE

La fréquence des hémorrhagies ombilicales est relativement peu grande. Nous observons cependant des variations considérables dans les chiffres fournis par les auteurs à ce sujet.

Ribemont-Dessaignes, dans sa thèse d'agrégation, nous indique le chiffre de 1 sur 5000 naissances ; Tross arrive à la même conclusion ; pour Vogel, la proportion serait de moitié mais de 1 sur 10.000 ; Fürth est sensiblement du même avis puisqu'il estime la fréquence à 13 pour 50.000 ; Sartridge dans deux statistiques nous donne dans le premier une figure de 11 sur 1166 naissances ; dans la seconde série de 850 naissances, il a rencontré 14 fois cette affection de la toute première enfance ; c'est là une proportion d'environ 1,64 0/0, et nous sommes bien loin des premiers chiffres indiqués ; pour Weiss, la fréquence serait encore plus grande, et l'hémorrhagie ombilicale des nouveau-nés serait presque une affection commune. En effet, sur 742 naissances, il en a trouvé 31 cas c'est-à-dire sensiblement 4,18 0/0.

A quoi tiennent ces divergences d'opinions ; il ne semble point qu'il faille incriminer certaines conditions d'état plus ou moins satisfaisant des mères. Tous ces auteurs opéraient sensiblement dans le même milieu, au point de vue des dons de la Société ; toutes leurs statistiques reposent sur des faits observés dans la clientèle d'hôpital. Il faut donc faire intervenir un autre facteur.

La question de *race* semble devoir être discutée. Fürth nous dit qu'on remonte l'hémorrhagie ombilicale aussi bien chez les blancs, que chez les nègres, les mulâtres ou les individus de la race mongolique. Mais parmi les races caucasiennes il faut faire des distinctions. Ribemont-Dessaignes conclut à la plus grande fréquence chez les Anglais. Or si la race anglo-saxonne est sensiblement plus frappée que la race française, on ne peut guère admettre que la race allemande soit plus ménagée. La statistique de Weiss a été établie sur les cas observés à l'hôpital de Prague, et c'est la proportion la plus forte que nous ayons rencontrées dans la littérature médicale.

Le sexe masculin semble plus atteint que le sexe féminin. C'est là ce qui ressort de tous les documents que nous avons parcourus sur la question. Du reste les appréciations varient aussi sur la figure relative.

Pour Grandidier il y aurait une proportion de une fille pour deux garçons. ; Fürth croit que la différen-

ce est encore plus grande. Il a rencontré seulement deux filles pour onze individus du sexe mâle.

L'hémorrhagie ombilicale est une maladie des premiers jours de la vie ; cependant il faut ici établir des distinctions. La statistique donnée par Ribemont-Dessaigues donne les chiffres suivants :

L'hémorrhagie s'est produite.

Le 1 ^{er} jour	7	fois
Le 2 ^e	— 9	—
Le 3 ^e	— 9	—
Le 4 ^e	— 4	—
Le 5 ^e	— 13	—
Le 6 ^e	— 10	—
Le 7 ^e	— 11	—
Le 8 ^e	— 13	—
Le 9 ^e	— 12	—
Le 10 ^e	— 8	—
Le 11 ^e	— 6	—
Le 12 ^e	— 3	—
Le 13 ^e	— 7	—
Le 14 ^e	— 4	—
Le 15 ^e	— 1	—
Le 16 ^e	— 1	—
Le 17 ^e	— 1	—
Le 18 ^e	— 2	—
Le 19 ^e	— 2	—

Le 20^e — 1 —

Le 21^e — 1 —

Le 22^e — 1 —

C'est donc avant le neuvième jour que se produisent la plupart des cas, et à partir au quinzième la fréquence n'atteint pas plus de 7 0/0.

Par rapport au moment de la chute du cordon, sur un total de 151 cas, Grandidier a noté que l'hémorrhagie s'était produite.

Avant la chute du cordon 30 fois

Pendant la chute du cordon 25 —

Après — — 86 —

Nous mentionnons seulement ce chapitre étiologie que pour Retter, les six premiers mois de l'année seraient particulièrement féconds en l'encéphalorrhagies des nouveau-nés et cette affection semble plus dangereuse par cette période. Il semblerait surtout que le pronostic fût particulièrement semblable d'avril à juin.

Dans les cas qu'il nous a été donnés de rencontrer dans ceux que nous avons compulsés, nous n'avons rien trouvé qui pût justifier cette opinion.

ÉTUDE CLINIQUE

Au point de vue purement clinique, nous pouvons distinguer deux formes de l'omphalorrhagie : une forme bénigne et une forme grave.

La première correspond aux hémorrhagies de cause mécanique, si nous en exceptons cependant certaines anomalies viscérales ou vasculaires auxquelles il nous est impossible de remédier : malformation du cœur, oblitération d'un des canaux excréteurs de la bile, etc.

La seconde répond plutôt aux hémorrhagies de cause tyroscosique ou infectieuse, à celles provenant d'une modification profonde de l'organisme d'un état général grave.

Nous ferons toutefois remarquer que cette division n'a que la valeur d'un schéma et au point de vue du pronostic, nous verrons que certaines hémorrhagies crues bénignes se termineront par la mort, que d'autres rangées parmi les hémorrhagies graves se termineront favorablement.

1^o *Forme bénigne.*

Quelques heures après la naissance, plus souvent encore dans les premiers jours de la vie extra-utérine, le médecin est appelé auprès d'un enfant qui jusque-là avait paru sain et bien portant.

Ou bien la mère en changeant l'enfant s'est aperçu qu'il y avait un léger suintement au niveau de son ombilic, que les linges qui compriment cet ombilic étaient tachés d'une plus ou moins grande quantité de sang, ou bien le liquide sanguin s'échappait d'une façon ininterrompue soit par le bout du cordon non encore rétracté, soit à la jonction du cordon avec la peau, soit, si le cordon est tombé, au niveau de la cicatrice qu'il a laissée.

Ou bien, l'attention n'a pas été attirée sur l'ombilic; l'enfant est devenu pâle, ses cris ont cessé, il est tombé dans un état pour ainsi dire comateux et ce n'est que lorsque la garde ou la mère se seront effrayés de ce long repos, l'auront vu presque exsangue qu'elles se seront décidées à appeler le médecin.

Par ailleurs l'état général en semble pas grave, cependant on peut noter quelquefois un peu d'ictère. Il en était ainsi dans un cas que nous a communiquer l'un de ses collègues le docteur Lenoel.

OBSERVATION V (Inédite).

Le 23 mai 1896, nous sommes appelés auprès de la femme B..., que nous avons accouché quelques jours auparavant.

Aucun antécédent à noter ni du côté paternel, ni du côté maternel; la mère en particulier est une femme vigoureuse semblant parfaitement saine.

L'enfant, le premier qu'avait cette femme, était de bonne constitution, ne présentait aucune malformation Poids 2.500 gr.

Les premiers jours n'avaient rien présenté de particulier. L'enfant prenait le sein régulièrement.

Le troisième jour, on pouvait noter une légère teinte subictérique des sclérotiques.

Le cinquième jour, le cordon se détachait spontanément. La teinte subictérique s'accentuait.

Le sixième jour, en pansant le nombril de l'enfant, on remarquait que le coton hydrophile qui le recouvrait était légèrement rosé. Ce fut sur les entrefaites que je fus appelé. Je remarquai la teinte légèrement jaunâtre des téguments, qui, au dire des parents, était plutôt en décroissance depuis la veille; l'enfant ne semblait pas en état de dépérissement.

Je fis remplacer le pansement de l'ombilic qui était fait à la vaseline, par un simple pansement sur un coton hydrophile avec une légère compression.

En faisant emmailloter l'enfant devant moi je remarquai que la mère serrait assez fortement les langes au niveau de la partie supérieur du thorax. Je le lui fis remarquer et lui recommandai de laisser très libre les mouvements respiratoires.

Le lendemain le pansement du cordon était parfaitement sec; l'ombilie se cicatrisait.

OBSERVATION X

(de M. le docteur Fournier d'Amiens 1895)

Enfant de 15 jours ayant perdu son cordon, fut comprimé par des langes trop étroits et sa figure devint bleuâtre en même temps qu'il se mettait à crier. Les cris se ralentirent, le visage devint pâle. L'enfant fut démailloté et on trouva une hémorrhagie abondante au niveau de l'ombilie incomplètement cicatrisé.

L'enfant est mort cinq minutes après l'ablation des langes. Aucun antécédent héréditaire.

L'ictère persiste quelques jours encore, puis le teint jaune s'efface peu à peu.

Dans un autre cas observé par une sage-femme dans sa clientèle, la ligature a été faite soigneusement; quelques heures après elle était appelée auprès de l'enfant d'une pâleur vraiment effrayante. Elle trouva ses linges imbibés de sang.

L'enfant était dans un état quasi syncopal. Une nouvelle ligature fortement serrée et appliquée au dessus de la première eût raison de cette hémorrhagie.

Les mêmes hémorrhagies bénignes sont caractérisées par l'absence d'un mauvais état général, par leur peu de résistance en général à un traitement approprié.

2°. *Forme grave.*

Il n'en est pas de même dans la classe qui va nous occuper. Ici il semble que l'hémorrhagie ombilicale, toute grave qu'elle soit par sa persistance, doit laisser le pas aux manifestations diversent qui peuvent se produire en différents points de l'organisme.

Les hémorrhagies se montrent surtout après la chute du cordon; cependant on peut les dresser avant cette chute; elles peuvent se montrer très précoces dès les premières heures de la vie et ne disparaître qu'un plus tard ou persister jusqu'à la terminaison fatale.

Ici encore, comme dans la forme précédente, le premier système observé sera, soit l'écoulement sanguin qui aura taché le linge en enveloppant l'enfant, soit au contraire une syncope, soit enfin, quelquefois, des convulsions.

Il n'est pas rare d'observer le commencement

de l'omphalorrhagie au moment où l'on panse le cordon, au moment du bain du nouveau né si le cordon se détache dans ce bain.

L'écoulement se fait généralement en nappe, si l'on peut parler ainsi ; il est presque impossible, même en examinant soigneusement les plaies ombilicales de voir exactement de point d'où fait issu le sang.

Parfois, au contraire, on verra un écoulement se produire par le bout terminal du cordon, même lorsque celui-ci semblera desséché, comme dans l'observation rapportée plus loin et en prend depuis la jonction avec la peau jusqu'à la terminaison du bout du cordon laissé adhérent en fera jaillir un peu de sang.

Enfin dans quelques cas rares, on verra le sang jaillir par jets saccadés, insertion au poulx. Ce fait est peu commun ; on ne le trouve qu'exceptionnellement signalé dans les observations.

On a voté plus souvent une légère pulsation, coïncidant avec un redoublement de l'hémorrhagie, et se reproduisant à intervalles régulièrement espacés.

Il ne faudrait pas conclure, de l'écoulement en nappe, de l'absence de pulsations, que l'on a affaire à un écoulement purement sain. L'expérience a montré maintes fois que même alors c'étaient très souvent les artères qui étaient en cause.

La quantité de sang écoulé est fort variable, on peut

trouver le nouveau-né baigné dans son sang. On peut relever seulement sur son linge quelques gouttes formant une tâche plus ou moins étendue. Le plus souvent on aura affaire à un traitement qui tachera continuellement les linges sans cesser renouvelés du pansement ombilical.

Les caractères du liquide écoulé varieront avec les circonstances ; tantôt rouge, artériel, tantôt noirâtre, et offre les caractères du sang veineux, il pourra aussi être pâle, nous offrir tous les caractères du sang hydrémique. Le microscope y démontrera le peu d'abondance des globules rouges, mais on devra cependant tenir compte dans l'appréciation de ce phénomène de l'hémoglobinhémie physiologique notée par Silbermam dans les premiers jours de la vie. Enfin il ne sera pas exceptionnel de voir prendre à l'écoulement une teinte d'un son très pâle, avec des reflets légèrement verdâtres. Nous n'insisterons que sur la signification bien connue de ces différentes modifications d'aspect.

Il y a généralement absence de fièvre ; si le malade présentait une température élevée, on devra la rapporter non à l'hémorrhagie en elle-même mais aux localisations septiques qui pourraient l'accompagner, qu'elles en soient la cause ou la suite.

Les hémorrhagies se succéderont généralement à de courtes intervalles et seront séparées par des alter-

natives où l'on ne verra aucun suintement sanguin. D'autres fois elles seront continuelles, nullement influencées par la compression.

Leur répétition amènera rapidement un état de faiblesse inquiétant qui se traduira par le refus du petit malade de prendre le sein, par un aspect pâle, presque sanguin des téguments, des lèvres, des gencives, des conjonctives.

L'anémie profonde qui en résulte aura son retentissement sur tous les organes et c'est probablement par un défaut d'irrigation des centres nerveux qu'il faut expliquer les convulsions qui s'observent si souvent et surtout cet état d'agitation si particulièrement noté dans l'observation de Tross et qui peut constituer le premier symptôme.

OBSERVATION VI

Le 4 janvier, à midi, je suis appelé auprès d'un enfant né le 29 décembre, à trois heures et demie de l'après-midi. La veille le cordon était tombé dans le bain et tout semblait normal.

Deux heures plus tard, la mère inquiète de l'état d'agitation de l'enfant, l'examinait et constatait un petit écoulement de sang au niveau du nombril. Le soir cet écoulement avait cessé. La nuit passa sans encombres.

Après le bain du lendemain l'écoulement reparut à

nouveau, lent, continu; vers midi il augmentait. L'enfant était pâle et très agité. Pas de collapsus, pas d'ictère apparent: rien d'anormal sur le corps et spécialement aucune ptichie; le linge entourant l'abdomen au niveau du nombril était inondé de sang, ainsi qu'un gros tampon de ouate imprimant l'ombilic.

Je ne pus constater le siège de l'hémorrhagie.

Soulevant la peau tout autour de l'ombilie, je plaçai une ligature à la raie, comprenant tout le nombril. Mais bientôt je pus constater que l'écoulement n'avait pas cessé.

Je m'efforce de lier les artères ombilicales et j'y réunis avec de grandes difficultés. mais cette ligature, ainsi qu'une seconde n'arrête pas le sang. Je ne suis pas plus heureux avec le perchlorure de fer.

A ma visite du soir, on me dit que l'enfant a beaucoup bu; il dort bien. Je resserre ma ligature et en place une nouvelle par dessus.

Le lendemain matin, l'enfant était mort, sa mère me raconta que vers minuit, elle pu constater que le cordon ne saignait pas. Deux heures après, l'agitation de l'enfant l'avait éveillée; elle l'avait trouvée inondée de sang et quelques minutes plus tard, il était mort.

Je constatais que la ligature n'avait pas manqué. La peau était de couleur citron, cette teinte s'étoit produite après la mort, d'après ce que me disent les gens présents et avaient été en augmentant.

L'autopsie fut refusée.

On trouve noté dans cette observation un symp-

tôme commun à toutes les hémorrhagies, c'est la soif ardente, due à la déshydratation des tissus. Le petit malade s'en soulageait en buvant beaucoup.

L'ictère accompagne fréquemment l'hémorrhagie ombilicale dans sa forme grave. Elle le tient souvent dans sa dépendance. Il se traduira par une teinte des téguments plus ou moins jaunâtre, par la décoloration ou au contraire par la pléiorrhémie des selles selon que nous aurons affaire à un ictère par rétention ou par hypersécrétion. Le plus souvent il s'agira d'un ictère infectieux dont le point de départ sera souvent la plaie ombilicale et qui pourra prendre le caractère grave, et cette coloration jaunâtre de la peau, il se joindra fréquemment un certain nombre de pétéchies, d'ecchymoses qui se montreront sur le tronc, sur les cuisses, les doigts, etc.

Ces hémorrhagies ne seront pas les seules à se montrer ; il s'agit ici d'une cause générale retentissant sur le système vasculaire tout entier, soit que nous admettions une dyscrasie, soit qu'il y ait lieu d'incriminer un poumon infectieux.

Du côté du tube digestif, le méléna sera fréquent, il pourra se montrer dès les premières heures. Le sang sera expulsé avec le méconium et aussitôt après. On pourra trouver les langes de l'enfant baignés de sang et un examen attentif montrera que le sang s'écoule doucement de l'anus.

Les hémorrhagies gastro-intestinales se manifesteront soit par du méléna, qui pourra être aussi l'indice d'hémorrhagies intestinales soit par des hématomèses véritables. Dans un cas, l'anatomie pathologique reste le plus souvent une série de petites altérations circulaires sur la muqueuse stomacale.

Les épistaxis ne seront pas rares.

Du côté des poumons on aura affaire à des infarctus plus ou moins étendus, peuvent se manifester à l'auscultation et à la percussion; celle-ci devra toujours être pratiquée très légèrement; la sonorité étant facile à produire par une percussion un peu forte; à l'auscultation, on peut trouver du souffle, des râles fins de l'obscurité respiratoire.

Les plèvres pourront être le siège d'hémorrhagie généralement non reconnues cliniquement, quelquefois cause d'épanchements en général légers.

L'appareil génito-urinaire et particulièrement riche en manifestations hémorrhagiques. La métrorrhagie des nouveau-nés du sexe féminin éveillé particulièrement l'attention des observateurs. On l'a attribué souvent à une époque menstruelle précoce; en dehors de ces cas bénins, il faut admettre évidemment une métrorrhagie d'ordre grave, accompagnant souvent l'omphalorrhagie de même nature. Cette métrorrhagie sera souvent évidente; d'autres fois elle

demandera à être recherchée. Le médecin ne devra jamais manquer de s'assurer que l'hymen est perforé et laissera sortir les écoulements provenant de la matrice. Dans les cas d'imperfections, on observera l'accumulation du sang en arrière de la membrane, qui tombera vers la vulve. Parfois l'écoulement sanguin sera remplacé par un écoulement vieux ou séro-sanguin.

Les hématuries s'observeront; elles sont difficiles à constater chez l'enfant dont on ne peut guère facilement recueillir les urines. Un examen attentif des linges mouillés pourra quelquefois faire apercevoir un liseré légèrement rosé, au pourtour de la tache d'urine. Winckel a rapporté vingt-trois cas d'une hématurie endémique des nouveaux-nés, s'accompagnant d'ictère, de cyanose, d'hémorrhagies ombilicales, etc.

L'uréthrorrhagie a été signalée particulièrement dans un cas de Partridge que nous allons résumer.

OBSERVATION VII

Accouchement à terme le 22 novembre 1889.

C'est le cinquième enfant; les quatre autres sont anémiques.

Poids et développement normal.

Pas d'hémorrhagie de la délivrance, quoiqu'il y ait forte tendance à l'inertie utérine.

Le lendemain matin, 12 heures après l'accouchement la nourrice remarque la coloration rouge des urines.

L'enfant est pâle, légèrement jaunâtre.

24 à 30 heures après la naissance, hémorrhagie ombilicale, et, le lendemain matin, le linge est souillé de sang.

Le lieu de l'hémorrhagie est exactement à la jonction du cordon et de la peau. Enfant jaune, lèvres pâles, livides. Compression.

L'hémorrhagie continue : sang pâle, hydrémique.

Otorrhagies légères ; le 24 dans la nuit.

Le lendemain, la réparation du cordon s'effectue progressivement ; on note de légères pulsations artérielles au niveau de la surface saignante. On passe dix aiguilles à angle droit et on lie en masse.

Le 25 selles noirâtres, à odeur putride.

Dix fois dans la journée on dût resserrer la ligature.

Les hémorrhagies continuent les 5 jours suivants.

Œdème considérable de la paroi abdominale.

Au huitième jour, les selles ne sont pas sanglantes, les urines sont moins rouges, la teinte jaunâtre des téguments a diminué.

Au neuvième jour, chute du cordon sans hémorrhagie depuis amélioration quotidienne.

Au seizième jour ; l'enfant se nourrit bien ; l'ictère a complètement disparu ; les selles sont normales ainsi que les urines.

Dans un cas d'Hirigoyen, l'urétrorrhagie avait été ainsi observée.

Dans cette observation de Pastridge on a vu mentionnées les otorrhagies. C'est qu'en effet il n'est pour ainsi dire aucun point où les hémorrhagies n'aient pu se produire. C'est ainsi que l'autopsie a signalé des hémorrhagies méningées, qui cliniquement étaient passées inaperçues on avaient révélé leur présence par des convulsions localisées, des troubles moteurs, etc.

On trouve dans un certain nombre d'observations l'œdème de la paroi abdominale. Cet œdème peut être lié à des altérations viscérales ou vasculaires, être causé par l'inflammation périombilicale.

Enfin un examen du cœur pourra faire constituer des phénomènes anormaux.

La palpation permettra de reconnaître souvent un frémissement cataire siégeant sur toute la région précordiale. A l'auscultation on percevra un souffle systolique dont le maximum sera au niveau du troisième espace intercostal et plus souvent à gauche qu'à droite; le timbre en est spécial, rude d'une intensité excessive. La propagation se fait d'arrière en avant, il y a un bruit de soufflet dans le stéthroscope. « Il semble que le cœur souffle dans votre oreille », dit Reiss dans la bonne description qu'il nous fait de cette affection : la maladie de

Roger (Thèse de Paris). Il s'agit là de communication interventriculaire par suite de l'absence de rupture d'Alvarenga et nous avons vu à l'étude pathogénique, l'influence que pouvait avoir cette lésion sur la maladie qui nous occupe.

D'autres fois on ne percevra rien à l'auscultation et l'autopsie fera reconnaître soit une persistance du trou de Botal, soit une perméabilité du canal artériel. En revanche ces lésions pourront aussi, même en l'absence de signes streptoscopiques, s'accompagner parfois d'une cyanose prononcée des téguments et principalement lorsqu'elles existeraient simultanément chez le même individu.

PRONOSTIC

Depaul nous semble bien optimiste lorsqu'il émet cette opinion.

« A moins que l'accident n'ait été longtemps méconnu et qu'une quantité considérable de sang ait été perdue, il est bien rare qu'on ne parvienne pas à se rendre maître de la situation ?

Cette opinion qui peut s'appliquer sans réserves aux formes bénignes ne peut évidemment être adoptée en ce qui regarde les formes graves. Si nous considérons, en effet, les cas publiés dans les différentes études sur la question, nous voyons que la mort a été la terminaison observée le plus souvent et cela malgré tous les moyens employés pour combattre l'écoulement sanguin.

Et de ce fait que l'on ne trouve chez les parents il ne faut pas porter un pronostic. Ecrire d'emblée le cas suivant en donner la preuve.

OBSERVATION VIII

(Personnelle. Inédite).

Au mois d'octobre 1881, je suis appelé pour assister Mme F., dans son premier accouchement.

Sa grossesse avait été normale, la santé bonne et cette femme (23 ans) bien constituée, présentait un bassin normal. A mon arrivée, elle souffrait depuis 10 à 12 heures et les coliques expulsives se prononçaient depuis 2 heures, elle accouche en position occipito-pubienne et p. gauche ; tout se termina normalement avec placenta ordinaire. L'enfant paraissait d'un poids de 2 kil. 500 avec tégument bien rosé. A ma première visite le lendemain, c'est-à-dire 26 heures après l'accouchement, j'appris que le cordon avait taché de sang le bandage et le linge et qu'ils en étaient encore tout imbibés.

Je refis immédiatement une deuxième ligature au-dessous de la première en remettant un nouveau bandage qui, dans la nuit suivante fut rempli de sang. On vint me prévenir et à mon arrivée je remarque un cordon noirâtre. Je vis sourdre du sang vers les bouts, et ceci malgré les deux ligatures fortement serrées. En les tenant entre les doigts, le sang s'écoulait même en la serrant complètement. Je pris une aiguille à tricoter, je la fis rougir au feu et cautérisai tout le bout du cordon.

Je badigeonnai le reste du cordon de perchlorure de fer, je remis un autre bandage avec gâteau-charpie et fis un peu de compression. L'enfant paraissait très faible, la peau était pâle et il se réchauffait difficilement. Son cri très faible devint plutôt plaintif jusqu'au lendemain où il expira dans un véritable collapsus après avoir rempli le bandage de sang ; quatrième jour après naissance.

Réflexions. — Comme je connaissais la famille depuis longtemps j'interrogeai le père, la mère, la grand-mère et le grand-père étaient morts de la variole deux ans avant la naissance de l'enfant.

Les parents du côté du mari vivent encore et ont toujours été bien portants.

Il m'a été impossible de remarquer d'hémophilie dans l'une et l'autre famille et je n'ai constaté aucune trace de syphilis non plus. Je ne leur connais aucune affection dyscrasique puisqu'ils sont tous d'une bonne santé et que j'ai été appelé très peu souvent à donner des soins dans cette famille.

OBSERVATION IX

Séance du 8 janvier 1873 ou de la Société Médical d'Amiens.)

M. le docteur Herbet demande la parole, pour faire, verbalement, la relation d'une hémorrhagie ombilicale, suivie de mort, chez un nouveau-né.

Appelé près d'un nouveau-né, le quatrième jour de sa naissance, je trouvais l'enfant bien conformé, d'assez bonne apparence quoique déjà un peu affaibli. La mère essayait de le nourrir.

L'enfant vomissait déjà depuis plusieurs heures ; j'examinai le ventre, point de ballonnement ; la sage-femme m'assura que l'enfant avait rendu du méconium et que les linges étaient encore salis, j'écartai donc d'abord l'idée de volvulus.

Le lendemain, je revis l'enfant, les vomissements avaient été intermittents ; le cordon ombilical que la sage-femme avait enlevé, peut-être prématurément, donnait lieu à un petit écoulement de sang, une tache saignante apparaissait à l'insertion du cordon ; j'appliquai sur la plaie de la charpie trempée dans de l'eau-de-vie, avec une légère compression.

Le lendemain, je constatai une petite hémorrhagie, je fis usage de boulettes de perchlorure de fer, compression graduée et bandage compressif. Les vomissements persistaient.

Malgré cet appareil, l'hémorrhagie continuait ; rentré chez moi, continue M. Herbet, je consulte l'ouvrage de Bouchut. Cet auteur relatait 200 cas environ d'hémorrhagie ombilicale chez les nouveaux-nés presque tous suivis de mort.

De tous les moyens employés, selon Bouchut, était le procédé suivant : enfoncer dans la base du cordon une ou plusieurs épingles et appliquer au-dessous des épingles une ligature circulaire.

De retour près l'enfant, je suivis le conseil, je traversai la base du cordon à un centimètre environ de profondeur, au moyen d'une épingle au-dessous de laquelle je fis une ligature circulaire, malgré les assertions de la sage-femme relative aux selles, j'interrogeai le rectum.

J'essayai de donner 1/4 de lavement, mais sans aucun résultat, le liquide ne pénétrait pas dans l'intestin.

A 6 heures du soir, j'examinai l'appareil appliqué il était taché de sang, l'hémorrhagie continuait. J'eus l'idée de substituer la ligature entortillée à la ligature circulaire rien ne réussit.

Le lendemain, le sang ne cessait de couler, l'enfant s'affaiblissait très visiblement, les vomissements persistaient sans qu'il y ait (chose étonnante) aucun ballonnement du ventre ; je demandai une consultation. M. Padiou fils vint avec moi visiter l'enfant. Nous décidâmes de faire une nouvelle opération d'enfoncer plus profondément les épingles afin de saisir tous les éléments du cordon.

Les épingles furent profondément enfoncées, ligature fortement appliquée, le tout recouvert de bourdonnets de charpie et d'un bandage compressif.

Quelques heures après, le sang coulait encore par le trou des épingles, les vomissements continuaient, le ventre restait toujours souple et sans ballonnement.

J'appliquai plusieurs morceaux d'amadou, le sang cessa de couler. Le lendemain, je constatai la présence

de petits caillots sanguins dans les selles ; quelques heures après l'enfant succombait.

Pour Grandidier il y aurait 5/6 de cas mortels, pour Hennig 68 0/0 ; sur 13 cas, Fürth a eu 13 morts.

Pour Grandidier la mort a eu lieu.

Après 12 h. dont 1 cas

— 1 jour —	3 cas
— 2 — —	5 —
— 3 — —	13 —
— 4 — —	2 —
— 5 — —	7 —
— 6 — —	3 —
— 7 — —	9 —
— 8 — —	6 —
— 9 — —	5 —
— 10 — —	9 —
— 11 — —	8 —
— 12 — —	3 —
— 13 — —	3 —
— 14 — —	6 —
— 15 — —	3 —
— 16 — —	2 —
— 17 — —	3 —
— 18 — —	2 —
— 19 — —	2 —

Après 20 jours dans 3 cas

— 21	—	—	2	—
— 22	—	—	2	—
— 23	—	—	2	—
— 24	—	—	2	—
— 25	—	—	1	—
— 28	—	—	1	—

Cette terminaison est sous la dépendance de l'état général grave ou sous celle de l'hémorrhagie répétée, de la perte de sang abondante.

Le pronostic sera d'autant plus grave que les hémorrhagies ne se localisent pas à un seul organe, qu'il y aurait des indices d'une infection généralisée cependant dans le cas de Partridge, malgré la multiplication des pertes sanguines le malade revint à la santé ; on pourra espérer sauver le petit malade d'autant plus que la terminaison fatale aura plus tardé.

Nous avons parlé en commençant du pronostic bénin des hémorrhagies bénignes. Il ne faudrait pas cependant exagérer en caractère. En effet l'émission du sang suffira souvent pour mettre en quelques heures la vie du patient en danger. Enfin dans certains cas, il y a peu de chance de voir s'arrêter seulement l'écoulement si l'on n'intervient pas pour ce traitement énergique et rapide.

Les enfants ayant échappé aux dangers de l'hémor-

rhagie ombilicale ne semble pas plus prédisposés que les autres aux accidents hémophitiques. Leur santé générale ne se ressort pas dans l'avenir de cette infection infantile.

Si l'on écarte dans la syphilis qui peut être la cause de l'hémorrhagie et dont il faudra toujours rechercher les stigmates, le pronostic éloigné ne semble pas devoir être trop défavorable.

DIAGNOSTIC

Il est en général facile d'affirmer qu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie ombilicale, par la simple constatation du fait. C'est un accident auquel le médecin devra toujours songer, car dans la majorité des cas le prévoir, c'est l'éviter.

Le cas rapporté par Pont est intéressant à notre point de vue actuel ; en effet cet auteur raconte qu'il fut appelé pour voir un enfant de deux jours, qui subitement avait été pris de pâleur et de tendance syncopale. Songeant à la possibilité d'une hémorrhagie il fit démailloter l'enfant et constata en effet une hémorrhagie de l'ombilic.

Une fois cette constatation faite il importe que le patricien détermine au plus vite quelle est la variété de l'hémorrhagie, si elle est grave ou bénigne. Il vérifiera si la ligature du cordon a été bien faite, auscultera le cœur pour écarter l'idée de la coïncidence possible d'une affection congénitale ; il palpera le foie, songeant à la possibilité d'un obstacle mécanique à la circulation de ce côté.

Supposons par exemple que l'enfant aussitôt débarrassé des liens qui l'entouraient ne saigne plus ; il y aura tout lieu de supposer que le maillot était trop serré et on prescrira avec soin la forme d'habiller l'enfant.

Caussé d'Alby a insisté sur le parti que l'on peut tirer en médecine légale de la coexistence de violences, au niveau des voies respiratoires soit de la bouche, soit du larynx, et d'une hémorrhagie ombilicale. Quand même les ecchymoses constatées seraient insuffisantes pour affirmer la strangulation cet auteur soutient qu'on peu affirmer presque à coup sûr que la mort de l'enfant est criminelle.

Par élimination successive nous sommes arrivés aux cas que nous avons qualifiés de « graves ».

Il nous reste à déterminer si l'hémorrhagie résulte d'une altération localisée des vaisseaux. La constatation directe d'une inflammation périombilicale, la notion de traumatismes sceptiques de la région seraient en faveur de cette hypothèse.

L'existence d'autres hémorrhagies d'ecchymoses de petechies permettaient d'affirmer qu'on se trouve en face d'une hémophilie.

La grosseur du foie n'a qu'une valeur relative en faveur de la syphilis car on sait que le foie des nouveau-nés est gros ; toutefois passé certaines limites on est en droit de penser à la vérole surtout si l'or-

gane est dure, ficelé et si les parents sont contaminés, Nous avons vu que l'ictère n'a pas non plus une valeur absolue puisque dans le cas original que nous publions cet ictère n'étant dû ni à la syphilis ni à la tuberculose, Mais il y a d'autres signes qui permettent d'affirmer le diagnostic tels sont : le coryza, les éruptions localisées au niveau de la région anale, etc.

Enfin si une hémorrhagie ombilicale se produisait chez un enfant dont la mère était atteinte d'infection puerpérale ou si cette hémorrhagie s'accompagnait d'une hyperthermie marquée on devrait songer à la septicémie ou à la pyohémie.

Il ne reste plus pour compléter le diagnostic, qu'à déterminer si l'hémorrhagie est veineuse ou artérielle : les signes habituels propres à ces sortes d'hémorrhagies sont parfois applicables mais pas toujours, et il est parfois impossible d'affirmer si c'est l'artère ou la veine qui saigne. Si cette constatation pouvait être elle aurait un haut intérêt au point de vue du siège de l'obstacle à la circulation.

TRAITEMENT

Le pronostic des hémorrhagies ombilicales abandonnées à elle-même est trop sérieux pour que le médecin puisse rester inactif en leur présence. Malheureusement dans bien des cas, ces hémorrhagies méritent véritablement le nom d'incurables et tous les modes de traitement employés échoueront.

Il importera donc de s'attaquer de bonne heure aux causes mêmes de la maladie.

En présence d'une femme ayant déjà perdu un ou deux enfants des suites de l'affection que nous avons décrite, on instituera un traitement général contre la constitution plus ou moins défectueuse, contre les tares et diathèses. Une hygiène rigoureuse, le grand air, la bonne nourriture, les toniques en feront les frais ; s'il y a des soupçons de syphilis on ordonnera le traitement spécifique qui dans certains cas donné plein succès, contre le scrofule, la tuberculose a permis l'huile de foie de morue.

A la naissance le cordon sera soigneusement lié. Nous ne voulons pas rééditer ici tout ce qui a été

dit pour ou contre la ligature du cordon. On sait que certains auteurs ont proposé l'extrémité du cordon ombilical libre de tout lien, comptant sur l'établissement de la circulation pulmonaire pour empêcher l'écoulement sanguin. L'analogie invoquée avec certains animaux, pour contenir cette pratique, n'est pas juste, puisque les animaux mâchent ou picotent le cordon ombilical et provoquent ainsi une obturation. En fait la plupart des accoucheurs lie le cordon.

Nous rappellerons qu'une bonne ligature doit être aseptique et ce point est très important relativement aux hémorrhagies ombilicales, puisque la phlébite, l'artérite qui se communiqueraient de proche en proche et parti de la cicatrice ombilicale pourrait être une cause de non obturation de la lumière des vaisseaux.

La ligature ne devra pas être trop serrée ; en la serrant à fond on arrive au résultat opposé du but recherché. Les vaisseaux sont coupés avant que le processus d'oblitération soit produit et l'écoulement sanguin arrêté un instant se reproduit.

Nous avons vu la grande importance que joue l'établissement de la circulation pulmonaire dans l'arrêt du sang au niveau des vaisseaux ombilicaux.

Il est une condition à cela : c'est que la circulation nouvelle ne soit pas gênée le moins, que la res-

piration par conséquent se fasse librement. Bien des hémorrhagies ombilicales n'ont pas d'autre cause qu'un maillot trop serré, et nous avons noté le fait dans notre observation II. Le praticien devra donc recommander à la mère de tenir l'enfant libre de ses mouvements et, en particulier, de laisser à son thorax toute latitude d'expansion. Les jeunes mères ont une tendance générale à serrer le maillot au niveau des aisselles ; on ne saurait trop réagir contre cette habitude dangereuse. Le mieux serait encore de préconiser un maillot à bretelles passant par dessus les épaules et ne comprimant le tronc en aucun point.

Dans les familles où les accidents hémophiliques des nouveau-nés sont habituels on pourra prescrire la méthode anglaise, envelopper l'enfant dans une chemise flottante et le coucher dans un berceau rempli de son.

Si ces mesures préventives n'ont pas donné le résultat que l'on en attendait, ou si elles n'ont pas été prises ; la première chose que doit faire le médecin est de déshabiller l'enfant, de jeter sur le cordon une nouvelle ligature s'il reconnaît l'insuffisance de la première et si celle-ci a glissé comme le cas peut se produire dans les cordons gras.

Si le tampon a été arraché, on fera un petit tampon-

nement compressif, soit simplement avec de la ouate, soit avec une pyramide de morceaux d'agaric.

Si l'hémorrhagie persiste, se reproduit avec une persistance inquiétante, les moyens médicaux pouvaient donner quelques succès. On a préconisé les injections sous-cutanées d'ergotine, la teinture de ratanhia, l'infusion de valérianne (Furth).

Les injections d'ergotine auraient notre préférence. Elle donnent généralement un effet rapide.

Si la mère nourrit un enfant on pourra lui administrer certains médicaments destinés à agir sur son nourrisson : toxiques, excitants, etc.

Dans quelques cas la faiblesse de l'enfant est trop grande pour prendre le sein. On l'alimentera au biberon.

En même temps qu'on ordonnera ce traitement interne il faudra employer des moyens locaux.

Les plus simples sont les applications astringentes : ratanhia, perchlorure de fer, agaric, aseptique, etc.

Si ces petits moyens échouent, la cautérisation au thermo ou galvano-cautère, la compression digitale continuée pendant des heures donnera parfois de bons résultats. On pourra poser une pince à forcipressure, mais cette opération ne sera pas toujours facile.

Toutes ces tentatives sont-elles suivies d'insuccès on aura recours à la ligature en masse. On passera dans la peau de l'ombilic deux épingles en croix, puis

au dessous on fera une ligature très serrée, comprenant tout le tubercule ombilical.

Dans un cas rapporté par Herbet on a vu l'hémorrhagie se produire au point où les épingles traversaient les téguments.

Nous ne citerons que pour le rejeter, le traitement proposé par Churchill : coulage de plâtre dans la petite dépression de l'ombilic. L'asepticité ne pourrait être assez observée.

Allain avive les lèvres de l'ombilic et pratique une suture.

Dakins propose d'enfoncer sous les téguments une longue aiguille et de lui donner une direction oblique de façon à ce qu'elle comprime entre elle et les téguments, les deux artères ombilicales qui, pour lui, sont toujours la cause du mal. Puis il pratique une ligature en 8 de chiffre de plus en plus serrée. C'est, somme toute, un mode de compression particulière des deux artères ombilicales.

Dans un cas de Sippel, devant une hémorrhagie incoercible, celui-ci propose aux parents de pratiquer la laparotomie et de procéder ensuite à la ligature de chacune des artères.

L'opération fut refusée. L'autopsie montra qu'une des deux artères était perméable. Il semble donc que dans ce cas on aurait dû attendre un bon résultat de l'opération.

OBSERVATION IX

(Hémorrhagie par l'ombilic par le docteur LENOEL).

Monsieur M..., médecin à R..., m'a montré le 26 septembre 1878, un enfant qui était né 10 jours auparavant, (le 16 septembre) et qui avait une hémorrhagie par l'ombilic. Voici ce qui s'était passé : le 23 septembre, c'est-à-dire le 8^e jour après la naissance, le cordon tenait encore par un pédicule : M. M... coupa ce pédicule, et l'hémorrhagie commença ; cette hémorrhagie venait par intermittence c'est-à-dire que le sang coulait pendant 3 ou 4 heures, puis s'arrêtait sous l'influence d'un hémostatique pendant quelques heures pour reprendre ensuite.

Quoique l'enfant fut décoloré, faible, le 26 septembre, 3^e jour depuis le commencement de l'hémorrhagie, nous ne fîmes appliquer que du tannin, et conseillâmes la compression digitale.

Cette compression parut d'abord donner un bon résultat ; mais 24 heures ensuite l'hémorrhagie recommença et ne s'arrêta plus.

L'enfant fut amené à Amiens le 26 septembre 1878, il était exsangue jaune, poussant de faibles cris. Nous décidâmes de tenter une opération pour arrêter cette hémorrhagie, je coupai la peau autour de l'ombilic, en formant ainsi un cercle, puis je rapprochai la peau de manière à faire une suture linéaire transversale de droite

à gauche avec cinq épingles, il est clair que le sang ne pouvait plus s'échapper ainsi au dehors, et l'enfant fut emporté par ses parents chez eux à la campagne.

M... m'écrit que l'opération a été suivie dans les premiers jours d'accidents de péritonite; vomissements, ventre métiorisé; puis au moment où tout annonçait une heureuse issue, il y eut des convulsions qui ont duré 5 ou 6 jours.

Les épingles n'ont pas été enlevées. le médecin les laissa tomber seules. Leur chute arriva le 9^e jour après l'opération; la réunion des parties de peau arrivées et adossées ne s'est pas faite, la portion de peau comprise entre les épingles s'est gangrénée; il est resté une énorme plaie qui, le 4 novembre, 36 jours après l'opération, était presque cicatrisée : l'enfant était guéri complètement à la fin de novembre.

DOCTEUR LENOEL.

Nous proposons de circonscrire la ligature en masse faite comme nous l'avons décrit dans notre observation page avec deux épingles en croix et plusieurs tours de fils au-dessous ou d'aviver les bords de la cicatrice comme l'a fait le docteur Lenoël dans l'observation rapportée plus haut de faire une suture serrée et très aseptique.

Enfin si l'enfant a échappé aux dangers immédiats de la perte de sang, il faudra encore longtemps le surveiller, lui donner une bonne nourrice. On le

gavera au besoin ; on pourra le placer dans une couveuse, tout au moins l'envelopper de linges chauds, d'ouate.

Enfin des injections d'eau salée (7 0/00) faites à petites doses, répétées journellement contre l'anémie consécutive, pratiquées à fortes doses traitement primitif de l'hémorrhagie et alors intra veineuses pourront rendre de grands services ici comme dans tous les états graves de l'enfance.

CONCLUSIONS

I. L'hémorrhagie ombilicale est une affection qui quoique rare doit être connue du praticien.

II. On peut lui décrire une forme bénigne généralement à un obstacle mécanique à la respiration et une forme grave résultant d'un état dyscrasique.

III. Il nous a été donné de constater que dans certains cas l'hémorrhagie se reproduit chez les divers enfants d'une même famille, qu'en un mot l'affection prenait parfois le type familial.

IV. Au point de vue du pronostic, les cas résultant de troubles mécaniques de la circulation peuvent être graves si l'obstacle est constitué par une anomalie congénitale.

IV. Les cas que nous caractérisons de « graves » sont presque toujours mortels.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu par le président de la thèse,

PINARD

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

